

津市小児の季節性インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱

令和 7 年 3 月 3 1 日訓第 2 8 号

津市小児慢性特定疾病医療受給者に係るインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱（平成 2 1 年津市訓第 4 4 号）の全部を次のように改正する。

（趣旨）

第 1 条 この要綱は、小児の季節性インフルエンザの感染を予防し、及び重症化を防止するため、インフルエンザの予防接種（以下「予防接種」という。）に係る費用を助成すること（以下「助成」という。）に関し必要な事項を定めるものとする。

（定義）

第 2 条 この要綱において「小児慢性特定疾病医療受給者」とは、三重県が実施する小児慢性特定疾病医療支援事業に係る受給者証（小児慢性特定疾病医療支援事業実施要領（平成 2 7 年 1 月 2 7 日施行）第 1 0 条第 2 項に規定する小児慢性特定疾病医療受給者証をいう。以下「受給者証」という。）の交付を受けた者をいう。

2 この要綱において「保護者」とは、助成の対象者（以下「対象者」という。）の親権を行う者、未成年後見人その他現に対象者を養育している者をいう。

（対象者）

第 3 条 対象者は、予防接種を受ける日（以下「接種日」という。）において本市の区域内に住所を有する者であって、次の各号のいずれかに該当するものとする。

- (1) 満 1 歳から小学校就学の始期に達するまでの幼児
- (2) 小児慢性特定疾病医療受給者（小学校就学の始期に達した者に限る。）

（対象となる予防接種）

第 4 条 助成の対象となる予防接種は、1 0 月 1 日から翌年の 1 月 3 1 日までの間に受けた予防接種とする。

（助成金の額等）

第 5 条 助成金の額は、2, 0 0 0 円とする。ただし、予防接種に係る費用が 2, 0 0 0 円未満の額であるときは、当該額とする。

2 助成は、1 年度当たり対象者 1 人につき 1 回限りとする。

(接種できる医療機関)

第6条 対象者が予防接種を受けることができる医療機関は、三重県内の病院、診療所等であって、本市の小児の季節性インフルエンザ予防接種費用助成事業に協力する医療機関（以下「協力医療機関」という。）とする。

(助成の申請等)

第7条 助成を受けようとする対象者（以下「申請者」という。）は、小児の季節性インフルエンザ予防接種費用助成申請書（第1号様式。以下「助成申請書」という。）を予防接種を受けた協力医療機関を経由して市長に提出するものとする。この場合において、第3条第2号に掲げる対象者については、当該助成申請書に受給者証の写しを添えて提出しなければならない。

2 対象者が18歳未満の者であるときは、前項の申請者は、対象者の保護者とする。

3 申請者は、協力医療機関において予防接種を受けた場合は、当該予防接種に係る費用から第5条第1項に規定する助成金の額を控除して得た額を、当該協力医療機関に支払うものとする。この場合において、申請者は、助成金の請求及び受領に関する行為について、当該協力医療機関に委任するものとする。

(助成金の請求及び支払)

第8条 協力医療機関は、助成申請書に必要事項を記入し、小児の季節性インフルエンザ予防接種実績報告書兼請求書（第2号様式）及び受給者証の写し（第3条第2号に掲げる対象者に限る。）を添えて、市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の規定による提出があった場合は、その内容を審査し、適当と認めるときは、当該協力医療機関に助成金を支払うものとする。

(助成金の請求及び支払の特例)

第9条 対象者が助成申請書を提出せずに予防接種に係る費用の全額を協力医療機関に支払ったときは、第7条第3項の規定にかかわらず、当該対象者（対象者が18歳未満の者であるときは、対象者の保護者をいう。以下この項において同じ）の請求に基づき、当該対象者に助成金を支払うものとする。

2 前項の規定による助成金の支払を受けようとする者（以下「請求者」という。）は、接種日の属する年度の末日までに、小児の季節性インフルエンザ予防接種費用助成申請書兼請求書（第3号様式）に次の各号に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。

- (1) 予防接種に係る領収書（協力医療機関の名称、ワクチン名、接種日及び予防接種に係る費用の額の記入のあるものをいう。）
- (2) 母子健康手帳の予防接種の記録又は予防接種履歴の写し
- (3) 受給者証の写し（第3条第2号に掲げる対象者に限る。）

3 市長は、前項の規定による提出があった場合は、その内容を審査し、適当と認めた場合は、当該請求者に対し、助成金を支払うものとする。

（助成金の返還）

第10条 市長は、偽りその他不正な手段により、助成金の交付を受けた者があるときは、その者から既に交付した助成金の額に相当する額の全部又は一部を返還させるものとする。

（委任）

第11条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この訓は、令和7年4月1日から施行する。

小児の季節性インフルエンザ予防接種費用助成申請書

（宛先）津市長

津市小児の季節性インフルエンザ予防接種費用の助成を受けたいので次のとおり申請します。なお、助成金の請求及び受領について、予防接種を受ける医療機関を代理人と定め、その権限を委任します。

【申請者（保護者）記入欄】

接種を受ける人	ふりがな 氏 名	生年月日		年 月 日 (接種時 歳 か月)
	住 所	津市		
	対象要件 の確認 すべての項目をご確認の上、 ☒ を ご記入ください。	☐ 接種日時時点で津市の住民基本台帳に登録がある。 ☐ 接種日時時点で、下記のいずれかに該当する。 ・満1歳から小学校就学前までの幼児 ・小児慢性特定疾病医療受給者（小学校就学の始期に達した者に限る。）※受給者証のコピーの提出が必要です。 ☐ 今回のインフルエンザの予防接種は、今年度初めてである。 ※1つでも該当しない場合は、費用助成の対象とはなりません。		
申請者 (保護者)	氏 名	(続柄)	電話番号	
	住 所	接種を受ける人と異なる場合は記入		
同 意 書				
私は、下記の事項に同意します。 1 予防接種を受ける前に、予防接種の効果と副反応について、医師の説明を受け、十分に理解した上で、自ら（保護者）の判断で予防接種を受けること。 2 予防接種後に重い副反応による健康被害が生じたときは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構の救済給付制度の対応になること。 3 申請内容について、本市が保有する個人情報を読覧・調査すること及び医療機関等に問い合わせること。 4 偽りその他不正な手段等により、助成を受けたときは、助成金に相当する額の全部又は一部を返還すること。				
年 月 日 保護者氏名 ㊞				

〈助成の手順〉

- 1 予防接種を受ける前に、必ず裏面の説明書をお読みください。
- 2 申請者は、申請書の【申請者（保護者）記入欄】を記入し、医療機関に提出してください。（小児慢性特定疾病医療受給者は受給者証の写しも提出すること）
- 3 予診票は、津市指定のものはありませんので、医療機関でお受け取りください。
- 4 接種費用から助成額を除いた額は自己負担です。医療機関にお支払いください。

【医療機関記入欄】

☐ 対象者が費用助成事業の要件に該当することを確認しました。※今年度初めての申請 ☐ 満1歳から小学校就学前 ☐ 小学校1年生以上の小児慢性特定疾病医療受給者（受給者証コピーが必要）			
接種年月日	年 月 日	ワクチン名／Lot No.	
実施医療機関名		接種医氏名	
助成を差し引く前の接種費用の額	☐ 2, 0 0 0 円以上 ☐ 2, 0 0 0 円未満(円)		

第2号様式（第8条関係）

小児の季節性インフルエンザ予防接種実績報告書兼請求書

年 月 日

（宛先）津市長

住 所
請求者 医療機関名
代表者氏名 印
電 話 番 号

小児の季節性インフルエンザ予防接種費用の助成金（ 年 月に接種した代理受領分）の支払を受けたいので、次のとおり請求します。

助成額を差し引く前の 接種費用の額（注1）	助成の額	接種者数	請求金額
☐ 2,000 円以上	2,000 円	人	円
☐ 2,000 円未満（注2）	円	人	円

（注1）接種費用の額について、チェック欄に記入ください。（ただし、助成額を差し引く前の額とする。）

（注2）接種費用の額が2,000円未満の場合は、チェック欄に記入後、右欄にその額を記入してください。

支払 方法	1 口座振替 2 小切手 3 納付書	（金融機関名）		（店舗名）		（預金区分）
		口座 番号		フリガナ		
				口 座 名義人		

第3号様式（第9条関係）

小児の季節性インフルエンザ予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）津市長

住 所
請求者 氏 名 ⑩
電話番号

小児の季節性インフルエンザ予防接種費用の助成を受けたいので、次のとおり請求します。なお、この申請の審査を目的として、津市が支給に係る必要な個人情報を閲覧・調査すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

被 接 種 者 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
協力医療機関名		予 防 接 種 日	年 月 日
接種費用の額		円	
請求金額（接種費用の額が2,000円未満の場合は、その額）※上限2,000円		円	

振込口座

（金融機関名）		（店舗名）		（預金区分）	
口座番号		フリガナ			
		口座名義人			

【添付書類】

- ・ 予防接種に係る領収書
- ・ 母子健康手帳の予防接種の記録又は予防接種履歴の写し
- ・ 小児慢性特定疾病医療受給者証の写し（小児慢性特定疾病医療受給者に限る。）

※ 請求者の氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。